

若年健診申込書

8,800円(税込)

(多摩健康管理センター)

FAX 042-529-1810

事業所名称			
事業所所在地	〒 _____		
	TEL ()	FAX ()	
健康保険証の記号		事業所のご担当者名	

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日	希望するものに ○をつけてください		健診予約日 午前・午後に ○をしてください
				胃 *9,900	便 *1,100	
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						
		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族						

※ 胃部X線・便潜血検査は、別途費用が加算されます。
 ※ 子宮頸がん検査は、追加検査ができますので、ご希望の方はお申し出ください。
 料金は3,388円です。(原則火・木曜日 その他実施日についてはお問い合わせください)